

診察会話における医師と患者の笑いの特徴に関する相互行為的分析

Interactional Analysis of Characteristics of Laughter in Doctor-Patient Communication

植田栄子

Teruko UEDA

Abstract: Over the past few decades, doctor-patient communication has been intensively studied in western countries because of its importance to the doctor-patient relationship and patient health outcomes. Although conversation analysis has been applied to medical discourse, few studies have been conducted on Japanese doctor-patient interaction, especially in terms of non-verbal communication. The purpose of this study is to describe characteristics of “laughter”, one of the most important nonverbal behaviors in doctor-patient communication. The results, based on an analysis of ninety four medical interviews, show that the patients laugh more than the doctors do, and female patients laugh more than male ones. Furthermore, the patients tend to laugh alone, i.e., the doctors do not usually reciprocate their laughter. In addition, laughter is used as an interactional device to signal “contextualization cues” (Gumperz, 1982) and to mitigate FTAs (Brown & Levinson, 1987) against both doctors and patients. In addition, patients and doctors laugh together when both of them share the same understandings. At that time, the frame is shifted from “doctor-patient” mode to “play” mode, and deviation from the typical doctor-patient frame can be observed. Results also show that patients laugh alone when they feel weak, anxious or powerless. On the other hand, the doctors seem not to realize laughter’s ability to express unrevealed emotions. Additional studies will be needed to analyze the effect of gender difference in terms of the doctor’s laughter. In order to improve doctor-patient communication, a more detailed analysis of laughter is critical.

1. はじめに

欧米の医療場面研究における質的な談話分析は、会話分析 (conversation analysis)、相互行為的社会言語学 (interactional sociolinguistics)、コミュニケーションの民族誌 (ethnography of communication) などの各分野にわたり発展してきた (Ainsworth-Vaughn, 2001)。欧米の医療談話分析には 1970 年代のデータを用いた研究もあるが (e.g., Shuy, 1976)、医療場面の会話分析に関する主要な研究は、1984 年以降活発で (Mishler, 1984; Fisher, 1986; Todd, 1989; von Raffler-Engel, 1990; Fisher & Todd, 1993; Ferrara, 1994; Ainsworth-Vaughn, 1998)、医師と患者の権力バランス、両者の非対称性、談話ジャンル、構成要素としてのスピーチ分析などが議論の対象とされてきた。

一方、診察会話に関する非言語的コミュニケーション研究では、“touch” (身体接触)、“gaze” (視線)、“voice” (声色) が与えるプラセボ効果などの分析が行われているのだが (Freidman, 1979)、「笑い」は扱っていない。会話分析においては、非言語的相互行為としての笑いがこれまで数多く研究されているが (e.g., Jefferson, 1984a, 1984b; Jefferson, Sacks, and Schegloff, 1987)、それらは医師と患者の診察場面における笑いを分析対象としたものではなかった。

だが、実際の診察場面の参与観察や会話データを参照すると笑いが頻出している。診察会話における医師と患者の主たる共通目的は、患者の身体的問題に対する治療のための説明や指示のやりとりであるが、なぜ笑いが頻出するのか。笑いが表出する状況と笑いの特徴を分析することで診察会話のメタコミュニケーション¹における相互行為的特徴を明らかにしたいと考えた。

2. 先行研究と本研究の意義

欧米における医療談話の笑いの先行研究として、West (1984) は患者のほうが医者よりも笑い、その大部分が相手からの笑いをともなわない単独の笑いであると述べている。また Haakana (2001, 2002) は、フィンランドの診察会話データにおいて患者のほうが医師よりも笑いが多くかつ単独で発せられるが、医師はそれに対し笑いを返していないとしている。さらに、Haakana (2001, p. 213) によると、笑いには複数の機能があり、患者が医師の意向 (e.g., candidate understandings, directives) に対して不同意を示すといった状況下での笑いの事例を紹介している。

日本における診察室の「笑い」に関する先駆的研究を行った長谷川 (1999) は、本研究と同一録音データから任意抽出した 50 ケースの分析結果を報告している。長谷川 (1999, p. 1127) によると、「診察室での笑いは頻繁にみられ」、「医師よりも患者が笑うケースのほうが多かった」として、「女性患者のほうが笑う回数が (男性患者より) 多かった」と述べ、「医師と患者が同時に笑わないケースが極めて多い」として、「明らかに診察室での笑いが話題や感情を共有するものではないことを示唆」し、「これが診察室での笑いの特徴の一つである」と指摘している。さらに、笑いがあらわれる代表的状況として、患者の笑い医師の笑いの種類を記述し、患者の笑いの種類のほうが医師よりも多いことを示した。これについて長谷川 (1999, p. 1128) は、「ことばで表現したくてもできない、もしくはそれを許されない患者の表現方法の一つとして、笑いが機能していると示唆している。ことばではなく、笑いという方法でしか感情を表現できない患者の立場が想像される」と指摘し、患者に焦点をあてて笑いの質的分析を試みている。長谷川 (1999) の研究は笑いに注目したパイロットスタディとして重要だが、全データによる分析結果

ではなく、「医師と患者が同時に笑わないケースが極めて多い」（長谷川, 1999, p. 1127）という記述に関しても具体的なデータや数値は示されていない。

そこで、本研究では全データによる笑いの分析を行うことにより、診察会話における笑いの傾向に関する基礎的研究としたい。全体の傾向を概観する計量的分析と個別の事例を詳述する質的記述分析との両方を用いることで、医療談話におけるメタコミュニケーションの笑いの特徴をより多角的に抽出できるであろう。

3. 研究目的

本研究の第一の目的は、録音テープとその文字化スクリプト資料をもとに医師と患者の笑いの特徴分析を行うことである。具体的には診察室の笑いの主な傾向を記述統計により概観し、さらに個別の笑いに関する詳細な記述と分類を行う。その特徴をふまえて、診察会話における笑いがメタコミュニケーションとしてどのような機能を示唆しているのか明らかにすることを第二の目的とする。

医師と患者の関係性には、治療する側と治療を受ける側という非対称性がある限り、医師と患者の笑いが出現する状況や意味が異なることは予想される。実際のデータから抽出された詳細で具体的な記述を丹念に調べることは、診察会話という制度的談話の基礎研究として必要であることはいうまでもない。

4. 研究方法

(1) 研究の枠組み

本研究の分析で用いる主要概念を以下にまとめる。関係性や期待の認識も含む「フレーム (frame)」（Bateson, 1972; Goffman, 1974; Tannen, 1993a）を想定し、何らかの「コンテクスト化の合図 (contextualization cues)」（Gumperz, 1982）をきっかけに別なフレームが設定されるとし、その中での相互行為に関する個人の振る舞いの心理的側面については「ポライトネス (politeness)」（Brown & Levinson, 1987）を用いた。

1) フレーム (frame)

フレーム (frame) とは、会話参加者が相互行為において今何が起きているのかに関する認識である (Bateson, 1972; Goffman, 1974; Tannen, 1993a)。本論では会話参加者の相互行為を加味した「相互行為的フレーム ("interactive frame")」（Tannen, 1993a, b; Tannen & Wallat, 1993; Schiffrin, 1993）を援用する。Schiffrin (1993, p. 233) は、"interactive frames" とは、"what people think they are doing when they talk to each other"、すなわち「人々がお互いに話す時、自分たちが何を行っているかの認識」[日本語訳引用者]と定義している。この相互行為的フレームは、「人々の状況、行為、そして行為者に関する "knowledge schemas"」（Schiffrin, 1993, p. 233）を参照して形成されるので、何が起こるかだけではなく、発話や行為がどのように解釈されるかという期待も含む概念となっている。

2) コンテクスト化の合図 (contextualization cues)

Gumperz (1982) は "contextualization cues" (コンテクスト化の合図) を "any feature of

linguistic form that contributes to the signalling of contextual presuppositions” (Gumperz, 1982, p. 131) と定義した。笑いは非言語ではあるが、コンテキストの前提を示唆しメタメッセージやフレームを聞き手が理解するための合図として作用するとみなすことができる。したがって、文脈に即した推論を導き出す背景知識を会話参加者が共有しているときに笑いがコンテキスト化の合図として機能すると本稿ではとらえる。

3) ポライトネス (politeness)

個人の心理的ミクロな分析概念として、Brown & Levinson (1987) によるポライトネス理論を用いる。彼らは、人間の基本的欲求としての「フェイス (face)」の概念を、Goffman (1959, 1967) から発展させ、コミュニケーションにおける人間の基本的欲求としてとらえた。そして「フェイス」には2種類あり、「他者から認められたい」というポジティブ・フェイス (positive face) と「他者から干渉されたくない」というネガティブ・フェイス (negative face) があるとした。これらの「フェイス」に対する侵害行為を“FTA” (Face Threatening Act) と命名し、ポライトネスとはこの FTA 軽減のためのストラテジーとしている。個人の心理に限定されるが、直接的な対人関係におけるインターアクションの行動原理を考察する際に、話し手と聞き手の各自のもつ2種類のフェイスおよび関連する FTA を詳細に検討することで、ミクロレベルでの相互行為の背後にある心理的動きを解明する手がかりになる。本稿では医師と患者の両者の心理的側面に関する有効な説明概念としてポライトネス理論を援用する。

(2) データ

分析対象となる診察会話データ²は、東京（診療所1施設）と大阪（診療所および一般病院の各1施設ずつ）計3カ所の医療施設における内科通院患者（初診を除く）と医師との診察会話を録音した音声テープ資料およびその文字化スクリプト資料である。

診察開始前に患者から録音承諾を得て、東京45ケース、大阪49ケース、合計94ケースの診察会話データを採取した。内訳は男性医師91ケース（東京43ケース、大阪48ケース）と女性医師が3ケース（東京2ケース、大阪1ケース）である。

患者は、男性36名（東京14名、大阪22名）、女性58名（東京31名、大阪27名）で、年齢は、東京が平均65.9歳（男性平均：63.2歳、女性平均：67.1歳）、大阪が平均61.6歳（男性平均：61.7歳、女性平均61.6歳）、患者全体の平均年齢は63.8歳であった。

分析対象の患者は慢性疾患の内科通院患者であり、症状としては慢性糖尿病、高血圧、脳梗塞発症後の手足麻痺のリハビリ通院などである。付き添いをともなわず自力通院が可能な患者であることから、重篤な症状ではなく健康状態が比較的安定していると認められる。

(3) 分析方法

本研究ではつぎの2種類の部分を笑いとして定義し、これをスクリプト資料より抽出する。なお、本研究の分析データは録音音声資料のみであるため、無声の笑いや微笑みなどの表情に付随した笑いは含まれていない。また、笑いに関する基礎的分析を優先させるため、笑い声の種類や長さについての音声的分類はデータ数や録音状態が制限されているので今回は行わない。

(4) 笑いの定義

本研究で分析対象とする笑いは、録音音声テープを聞き聴覚判断に基づく笑いを含む発話部分

と、ことばを交えない笑い声、以上の二つである。いずれも笑いを含むという等質の部分があるので両者をあわせて笑いとして集計した。本研究での笑いの定義は以下のとおりである。

- ① 笑いを含んだ発話：聴覚判断により笑いを含んだ発話の開始部と終始部をスクリプト資料において@で示し、この発話部分を「笑い1回」とみなす。
- ② 笑い声：聴覚判断により笑い声をスクリプト資料において「@（笑い）」と示し、長さにかかわらず「笑い1回」とみなす。

(5) 診療会話の構造

医師と患者による診療会話構造について、医療や保健社会学での医療コミュニケーション研究では、いくつかの相（phases）に分類している（Byrne and Long, 1976; Ten Have, 1989）。

本研究でも、日本での通常の診察会話を想定した「一般的診療のパターンは、開始部、病歴聴取、検査、助言、終了部から成る」という分類（野呂・阿部, 2006, p. 9）に準拠し、表1のように、診察会話1ケースにおける相の順序と内容をつぎの5ステージで分類する。これは Roter ら（1992）による診察の5段階「1. Opening, 2. History, 3. Exam, 4. Counsel, 5. Closing」の分類とも一致している。

このように診察会話の特徴として他の制度的談話でみられるように、規定された談話内容が順次展開するという儀礼性³を有していることがうかがえる。

表1. 診察会話における5つのステージ（相）

1) 開始部、2) 病歴部、3) 検査部、4) 助言部、5) 終了部

105

6. 結果

(1) 診察会話の各ステージにおける笑いの出現状況

次頁表2は、診察会話の各ステージにおける笑いの出現状況について帰納的に列挙したものである。さらに笑いを、I. 無標的笑い、II. 有標的笑い（1）（FTA 軽減方略）、III. 有標的笑い（2）（FTA 軽減方略以外の可能性有）と3種類に大別し、とくに「III. 有標的笑い（2）（FTA 軽減方略以外の可能性有）」について四角で囲んである。いずれの場合も単独の笑いが主として表出されていた。また、患者のほうが医師より多様な状況や笑いを発していることは明らかである。

(2) 笑いの全体的傾向に関する計量的分析

本研究の定義による笑いは、全94ケース中87ケース（東京40ケースおよび大阪47ケース）の約9割のデータ中に認められ、診察会話における笑いの頻出傾向は顕著である。

この87ケースの笑いを医師・患者別に見てみると、医師の笑いが出現したのは65ケースで、女性医師3名が全員含まれる。一方、患者の笑いが出現したのは79ケースで、医師よりも患者の笑うケースのほうが多い結果が得られた。つぎに、延べ回数と平均回数からみた傾向を示す。

1) 全体的傾向

笑いの延べ回数の原データを集計すると、107頁表3のごとくである（開始部、病歴部、検査

部、助言部、終了部毎の内訳は省略)。

表 2. 「笑い」を表す状況 (左端の I, II, III は上述の「笑い」の 3 分類表記と対応する)

医師	患者
1. 開始部 I. N/A ----- II.a. 患者に遅くなったことを謝罪	1. 開始部 I.a. 入室時の挨拶時 ----- II.b. 医師が遅くなったことを詫げるのを聞いた II.c. 遅れたことを医師に詫げる
2. 病歴部 I.a. 患者に質問する I.b. 患者をほめる・患者に医師の喜びの気持ちを伝える I.c. 患者に大丈夫というメッセージを伝える I.d. 患者の不安感を聞いた ----- II.e. 患者に注意する II.f. 患者にネガティブ情報を伝える -----	2. 病歴部 I.a. 調子が良い I.b. 状態や検査結果が良い I.c. 症状が変わらないことを述べる I.d. 医師に誉められた ----- II.e. 検査結果を医師に聞く II.f. 医師から注意や指摘をうけた II.g. 疑問を示す時・自分はわからないと述べる ----- III.h. 検査結果や状態が悪い時・症状が良くならない 事を述べる III.i. 不調を訴える III.j. 不安や恐れを述べる III.k. セルフケアが悪い III.l. 患者が自己卑下する時・自己を笑いの対象として 述べる
3. 検査部 I.a. 患者に良好な検査結果を伝える I.b. 患者を安心させる情報を述べる II.c. 検査結果を心配する患者を励ます II.d. 身体状態を述べる患者の言葉を反復する II.e. 患者にマイナスの情報・言葉を伝える	3. 検査部 I.a. 検査結果が良いことを知った ----- II. N/A ----- III.b. 検査結果が悪いことを知った
4. 助言部 I.a. 患者を励ます ----- II.b. 患者の間違いをソフトに指摘する II.c. 患者に否定的な言葉・情報を伝える II.d. 患者に注意する II.e. 患者のネガティブな感情 (不安、恐怖) を聞く	4. 助言部 I.a. 検査結果が良いことを聞いた I.b. 良好な関係 (家族、社会) を述べる ----- II.c. 医師に依頼する II.d. 医師の間違いを指摘する II.e. 医師から注意や直接的な指摘を受けた II.f. 医師から減量や運動をするように言われた II.g. 医師に弁解する時・言い訳をする ----- III.h. 緊張感や不快感を述べる III.i. 弱音を吐く III.j. 自分は知識がなく、無力であると述べる III.k. 医師から「頑張ってください」と言われた III.l. 医師から満足する説明が成されない III.m. 医師に計報を伝える
5. 終了部 I.a. 患者を励ます	5. 終了部 I.a. 退室の挨拶を述べる I.b. 医師に前向きな態度を表明する

さらに表3から、男性患者と女性患者別に集計すると下記表4となる。

これに対し、医師の笑いの延べ回数および平均回数はつぎの表5となる。

これらより、つぎの比較の結果が得られる。

①医師対患者を比較すると、医師の笑いの平均回数は1.99回、患者の笑いの平均回数は5.48回となり、両者には3.49回の平均回数差があり、有意性検定をするまでもなくこの差は有意である。すなわち、明らかに医師より患者のほうが診察室における笑いの回数が多い。

②患者における性差を比較すると、男性患者の笑いの平均回数は2.5回、女性患者の笑いの平均回数は7.33回となって、両者には4.83回の平均回数差があり、この場合も有意差検定をするまでもなく有意と認められる。すなわち、明らかに男性患者より女性患者のほうが診察室における笑いの回数は多い。

①、②より、笑いの平均回数の頻度は、医師<男性患者<女性患者の順で高くなっていると結論づけられる。この結果は長谷川（1999）による50ケースの笑いの頻度傾向と一致する。

2) 女性患者の笑いのバラツキの傾向

とくに、女性患者において笑いの頻度に大きいバラツキがあることを示すために男性および女

表3. 東京と大阪別の男性患者と女性患者の笑いの延べ回数および平均回数

	人数	延べ	平均
男性患者（東京）	14	35	2.50
男性患者（大阪）	22	55	2.50
女性患者（東京）	31	185	5.97
女性患者（大阪）	27	240	8.89

（単位：回）

表4. 男性患者と女性患者別の笑いの延べ回数および平均回数

	人数	延べ	平均
男性患者全体（東京・大阪）	36	90	2.5
女性患者全体（東京・大阪）	58	425	7.33
患者全体（東京・大阪）	94	515	5.48

（単位：回）

表5. 医師の笑いの延べ回数および平均回数

	人数	延べ	平均
医師全体（東京・大阪）	94	187	1.99

（単位：回）

表 6. 男性患者と女性患者の笑いの頻度のバラツキ

	最大	最小	レンジ
男性患者 (36 人)	8	0	8
女性患者 (58 人)	39	0	39

(単位: 回)

性患者の中での最大および最小の笑いの回数の差 (統計的に「レンジ」といわれ、ばらつきの指標となる) を計算すると、上表 6 となり (標準偏差でもよいがより簡単なレンジでも同傾向となる)、女性患者における笑いのバラツキの傾向は著しい。なお、女性患者における最大の次は 38 回であり、39 回は局外値ではない。

3) 単独の笑い と 相互の笑いの割合

医師と患者が相互に笑い合うのか、またはどちらか単独で笑うのか割合を求めたところ、「一方的笑い」が 7 割を占め、残り 3 割が「相互的笑い」であった。さらにこの一方的笑いにおける割合でも、患者単独の笑いが 7 割にのぼり、患者のほうが医師より単独の笑いを出する傾向が著しいことが示された。

(4) 相互的笑いに関する分析

医師と患者の相互の笑いがみられた診察会話例 1 をつぎに検討する。笑いがどのように出現しているのか、医師と患者の会話前半部分 (大阪・診療所にて開始部から病歴部・検査部) を以下に示し、相互の笑いがどのように生成されているのかについて分析を行う。笑いの部分は太字で示してある。

(以下、会話例では D= 医師、P= 患者を意味する。「笑い」は @ で示す。録音場所と会話番号を併記。左の番号は行番。)

(会話例 1)

(大阪 824) D = 男性医師、P = 女性患者

- | | | | |
|------------------|--------------|--------------------|-------|
| 1. D: おまたせ? | | → 1 開始部 | 交話的機能 |
| 2. P: こんにちは。 | | | |
| 3. D: @ごめんなさい@ | 「遊びフレーム」開始 | {患者の PF への FTA 補償} | |
| 4. おそくなつてすみません@? | | | |
| 5. P: ほんまに、 | 「遊びフレーム」参加 | {医者 PF への攻撃} | |
| 6. D: @すんません@ | | {医者 PF 保持} | |
| 7. [(笑い)] | 「遊びフレーム」共有確認 | | |
| 8. [(笑い)] | 「遊びフレーム」共有確認 | | |
| 9. D: @調子は@? | | {患者の NF への FTA 補償} | |
| 10. P: @いいですよ@。 | | → 2 病歴部 | |
| 11. D: 調子はいい。 | | | |
| 12. P: はい 。 | | | |

13. D: | はい。
 14. D: 便は出したー? 「遊びフレーム」 継続
 15. P: えっ?
 16. D: 便の検査 [2 回目]?
 17. P: [わあ、あ、出してない。それは未だ今のとこしてない。]
 18. D: [###]
 19. D: まだしてへん?
 20. P: うん。 「遊びフレーム」 継続
 21. D: 便の検査、痔の薬はじゃあどうした?
 22. P: あまだそのまま置いたまま。
 23. D: あ、そう。
 24. P: うん。 「遊びフレーム」 継続
 25. D: へえ、
 26. D: まだ、だ、し、て、い、な、い。 (カルテに記入している) 「遊びフレーム」 継続
 27. P: はい。
 28. D: 痔の薬もそのまま。
 29. P: 一回か二回使ったけどね |、
 30. D: | その [まま]。
 31. P: [あとー]
 32. D: あの。やってや、
 33. P: はい、[わかりました]。
 34. D: [ね、あ] の、しつこくいうからね |。 「遊びフレーム」 強調
 35. P: | はい [笑い]。 「遊びフレーム」 共有確認
 36. D: [はい]。
 37. D: 早めに、[@やってください@]。 「遊びフレーム」 強調 (患者の NF への FTA 補償)
 38. P: [# # # せんならんもんそんなところじゃないわ]。
 39. D: はい、じゃあちょっと診察するから、 「遊びフレーム」 終了⇒「診察フレーム」へ移行 → 3 検査部
 # # # はい、上向いて
 40. D: うん、オッケ。胸の音聞かしてください。
 (以下省略)

会話例 1 開始部で医師は遅くなった詫びとともに「3.D: @ごめんなさい@」(関西弁アクセント)、「4.D: おそくなってすみません@?」(標準語アクセント)と謝罪し、さらに「6.D: @すみません@」(標準語アクセント)と繰り返す、医師は笑いのメタ言語で親密な関係性を示唆しながら謝罪表現を述べている。つぎの病歴部 9 行目で医師は「@調子は@?」と笑いを含んだ声で尋ね、患者も「P: @いいですよ@」と体調が良好であるという答えを笑いとともに返している。

この一連の相互的笑いの繰り返しは、ヤコブソン・プラハ構造主義のコミュニケーションモデルの 6 機能の一つである“phatic communication”(交話的機能)(山中, 1989, p. 153)と同定され、送り手と受け手の接触が確立・保持されることから両者の間には安心感や信頼感が喚起されるのである。

また医師と患者は挨拶と同様に笑いを交わし、さらに質問と答えにおいても笑いを繰り返すことで、医師と患者の「診察フレーム」から「遊びのフレーム」(cf. ベイトソン, 2000, p. 290)として、いわゆる人を待たせた際の「親しい間柄の大人」によるフレームに移行している。患者が「遊びフレーム」への移行を受容し積極的に参加したことが、5 行目「ほんまに、」という医師に対する強い感情表現をあえて行うことで明示されている。

医師は「遊びフレーム」を続行させ、12, 13 行目では患者の「はい」に対して医師は「はいー」と応答しており、つぎの行で「便」と直接的に表現することで一種のおかしみを内包した発話をにつづけ、さらに患者がインフォーマルな返事「うん」(20 行目、24 行目)と繰り返しているこ

とから、この「遊びのフレーム」は継続されている。34行目から38行目までにも、笑いをともなった催促が行われ、今度は逆に医師が待たされる側、患者が待たす側として「遊びのフレーム」が継続していると考えられる。そして検査部の40行目「はい、じゃあちょっと診察するから」により、初めて遊びのフレームを離れて医師と患者による検査部の「診察フレーム」に戻ったと読みとれる。

すなわち、医師と患者の診察会話という通常のフレーム内に、笑いが合図することで新たなコンテキストをもった別のいわゆる「遊びのフレーム」が生成されたのである。

ポライトネス理論に準拠すると、開始部の医師の謝罪にともなう笑い(3, 4, 6行目)は、診察を待たせたことによって生じた患者のポジティブ・フェイスへのFTA補償行為とも考えられ、謝罪発話とともに患者との距離感を縮め親近感をもちたいという「コンテキスト化の合図」でもある。一方、この笑いは患者に対するFTA補償にとどまらず、遅刻をした医師自らに対するポジティブ・フェイス保持をはかる笑いとして解釈することも同時に可能である。

また、医師の最初の謝罪に対して(3, 4行目)、患者は「ほんまに、」(5行目)と肯定して返答している。これは謝罪する医師のfaceを傷つけるFTAの発話を行っているが、そのあと、医師は再び笑いを含んで「@すんません@」(6行目)と繰り返し、医師と患者は相互的笑いを共有して病歴部へと移行していく。

この切り替えが相互に承認されたのは、お互いに親近感をもった信頼関係がすでに構築されているからである。笑いというパラ言語による「コンテキスト化の合図」で、両者によって瞬時に承認されたフレームの切り替えは、通常の診察室における医師と患者のフレームからの逸脱を意味し、その意外性から相互の笑いが引き出されたとも考えられる(7, 8行目)。

つぎの病歴部(9行目)で医師が笑いとともに質問を発しているのは、患者のネガティブ・フェイスへのFTA軽減方略である。そして、患者の返事「@いいですよ@」(10行目)に含まれた笑いは、自らの体調良好を伝えるいわば“good news”であるため「欣喜・快感」の感情が笑いを通して表出したとも考えられる。

相互作用的には、先に一瞬逸脱したフレームから、医師と患者の関係という診察フレームに戻り、同時に笑いが両者に生じている理由は相互に「良好な医師患者関係を構築・維持したい」という期待から生じたともいえよう。

また、病歴部後半(34行目)で医師が「[ね、あ]の、しつこくいうからね。」と便検査の催促を「しつこく」とさらに強調して述べたのに対し、患者は(35行目)「はい[笑い]。」と「笑い」を含んだ返事で医師からの注意に応答している。

ここでの患者の笑いも、医師のやや厳しい発話「しつこくいうからね」に対して、自分のフェイスは傷ついていないということを医師に肯定の返事とともに笑いで示し、同時に、親近感と信頼関係をふまえた「良好な医師患者関係を構築・維持したい」という期待もあらわしていると思われる。

つづけて医師は、さらに追い討ちをかけて(37行目)「早めに、@やってください@」と検査を督促するが、医師は笑いを含んだ命令発話とすることによって、命令が患者に与えるネガティブ・フェイスのFTAに対する軽減方略としている。この笑いを含んだ医師の命令発話も、相互行為的フレームの観点からすれば、医師も同様に引きつづき率直に発言しつつ患者への配慮をもった「良好な医師患者関係を構築・維持したい」とする期待を患者に示唆しているといえる。

以上が、ミクロ的な談話分析をフレームやFTAを用いて相互的笑いに関して解釈したものである。つぎに一方的笑いについて分析を行う。

(5) 一方的笑いに関する分析

つぎに、一方的笑いを多く含む会話例 2 (大阪 452) を紹介し分析を行う。

下記会話例 2 は、脳梗塞を 2 回起こした女性患者が、親指に力が入らないこと (21 行目)「親指に力が@ないんですもの@」を笑いを含みながら述べ、さらにリハビリの効果が上がらないこと、さらに降圧剤を飲みつづける不安や弱音を笑いながら訴えており、後半の助言部においても引きつづき一方的な笑いを含む発話がつづいている。

〈会話例 2〉

(大阪 452) D = 男性医師、P = 女性患者

(前略)

15. P: やっぱしー、[おはし] 持てない、 → 2 病歴部
16. D: [おんなじよう] ?
17. P: うん、持てないのよほんでこれ、
18. D: [うん]、
19. P: [あの] 人差し指とね、
20. D: うん、
21. P: 親指に力が@ないんですもの@。 「遊びフレーム？」開始 (患者の PF 保持、医師の PF 保持)
22. D: ほー、 (「遊びフレーム？」に回答のみで参加せず)
- 23: あんまり変わりませんかー？
24. P: そうですねー、
25. D: うーん。
26. P: そいで、長く、
27. P: どのぐらい普通は、
28. P: この力が出んのんかかるんでしょうねえ。
29. D: うーんまあそれ何遍も言いますけど、あの一、
- 30: 人それぞれ。
31. P: ふっふふ (笑い)
32. D: うん。
33. P: そうですね。
- (中略)
207. D: もう一回起こしちゃったでしょ？ → 4 助言部
208. P: はい。
209. D: > だかく次またその再発いうのはその常に頭に入れとかんとあかんわけですよ。
210. D: でその時に、
211. D: その一ほんじゃ脳梗塞起こした人はね？
212. D: あのまた血圧高いままほっとくと、
213. D: ある程度コントロールしてるんと、
214. D: どっちがいいかっちゃうたらやっぱりコントロールしてるほうが、
215. D: そういう再発は少ない言われてるんですよ。
216. D: だから、今ぐらいの血圧ですーつといけてたらええと思います。
217. P: そしたらずーつと飲まな、だめですか。
218. D: 基本的には、 (患者の PF 保持、医師の PF 保持)
219. P: そりゃ、ほんま、あんまりねえ、@あたし@、いひひひ (笑い) 「遊びフレーム？」開始
220. D: うん。 (「遊びフレーム？」に回答のみで参加せず)
221. P: @薬が気になってね@、 「遊びフレーム？」開始 (患者の PF 保持、医師の PF 保持)
222. D: うん。 (「遊びフレーム？」に回答のみで参加せず)
223. P: 大丈夫ですね先生？
224. D: そそりゃ大丈夫、だから、それはあの、
225. D: えーただ単にめくらめっぽう¹僕ら出しているわけじゃなくてね、
226. D: そういういろんな今までの経験に基づいて出しているわけですよ。

- 227: うん。
 228: いやこうやっと思ったほうが、そういう再発が少ないとかね？
 229: そりゃゼロじゃないですよ。
 230: あの、あの血圧が高いままほっとつても、
 231: 別にどうならん人もおりますよ、
 232: おりますけれども、
 233: その全体として見たらね？
 234: やっぱちゃんと血圧のそういう、脑梗塞起こした人のちゃんとち、治療してたほうがね？
 235: のちのちにいいというのは言われてる。
 236: よろしいですか？
 237. P: あすいません、@素人考えでね@、 「遊びフレーム？」 開始 (患者の PF 保持、医師の PF 保持)
 238. D: うん。 (「遊びフレーム？」に回答のみで参加せず)
 239. P: こんなこと昔聞きましたからね、
 240. D: うん。
 241. P: それちょっと@気になりまして@へへへ (笑い)、 「遊びフレーム？」 開始
 (患者の PF 保持、医師の PF 保持)
 242. D: >うん、うんく。 (「遊びフレーム？」に回答のみで参加せず)
 243: ま、と、とにかくあれ、あの、とに、がんば、頑張つて、続けるということですよ。
 244. P: ああそう [です] ね、
 245. D: [[はい]].
 246. P: あり [がとう] ございます。
 247. D: [[はい]].

上記の会話例 2 の患者の笑いはいずれも単独となり、医師は「ほー」「うん」というあいづちを繰り返しているが相互的笑いとなるような笑いによる応答は行っていない。

まず、冒頭の病歴部 (21 行目) で患者は「親指に力が@ないんですもの@」と症状が好転しないという bad news について笑いを含んで述べている。さらに、助言部でも同様に、不快感や不安感を示唆する発言—「そりゃ、ほんま、あんまりねえ、@あたし@、いひひひ (笑い)」(219 行目)、「@素人考えでね@」(237 行目) や、弱音「それちょっと@気になりまして@へへへ (笑い)」(241 行目) を患者は笑いながら繰り返して述べている。

前項の (4) 相互的笑いに関する分析で示したような「遊びのフレーム」(cf. ベイトソン, 2000, p. 290) への移行と考えると、患者が笑いを含んだ発話を契機に行おうとしても、医師からの応答はいずれも、「ほー、」(22 行目)、「うん。」(220 行目)、「うん。」(222 行目)、「うん。」(238 行目)、「うん、うん。」(242 行目) である。医師があいづちの反復に終始しているということは、患者の「遊びのフレーム」的発話を承認はしているが、積極的な参加はせず、一貫して「医師による診察フレーム」という対応に終始していると解釈される。「うん」というあいづちは、承認であり会話の続行を促している合図でもあり、医師は患者による「遊びのフレーム」移行を消極的に容認しているともいえるが、あくまでも医師自身のフレームの転換も参加も行わないという立場を貫いているので、相互の笑いは生じていない結果となっている。

また、ここでの患者による「遊びのフレーム」は相互的笑いに見られたものと類似しているが、そのフレームにより患者が表現したかった自己像は、医者に甘えている弱者であるともみなされる。

上記の会話例 2 以外のほかのケースでも、体調が悪い、検査結果が悪いと述べる際にいずれも一方的笑いが示された。冒頭の表 1 における囲み部分で示された状況において一方的笑いが多く出現している。

これらの発話を FTA で説明すると、患者は自分のポジティブ・フェイスを保持するために、

また同時に治療者である医師に対するポジティブ・フェイスへのFTA緩和のために笑いを発していると想像される。ではその笑いを医師がいかなる「コンテキスト化の合図」として認識しているのだろうか。「ほー」、「うん」といったあいづちレベルの医師の応答から推測すると、患者が不安感や恐れを露呈しないように自身と医師へのポジティブ・フェイスに対するFTA回避を行っているメタ言語行為という認識はなく、この笑いの示唆する患者の気持ちについて医師と患者の認識は共有されていないことが想像できる。

6. 考察

診察室の笑いの特徴について、医師と患者のそれぞれの傾向と相互的笑いと一方的笑いという観点から概観してきたが、診察会話における笑いの発生理由とその作用について、以下のように考察した。

(1) 医師—患者関係の非対称性と笑い

医師と患者の笑いの頻度と状況を比較した結果、患者のほうが医師より多く笑い（さらに男性患者より女性患者のほうが多く笑い）、より多様な場面で笑いを発していることが明確に示された。先行研究でのアメリカおよびフィンランドの診察会話においても同様の傾向が示されたように、日本の診察場面においても患者のほうが医師より多くかつ単独で笑うという結果が示されたことから、医療談話において下位分類される内科慢性疾患の通院患者と医師との診察場面の笑いにみられる一般的な特徴であることが予想される。

さらに男性患者より女性患者のほうが多く笑うということは個人差のバラツキを考慮しても、女性患者と医師との非対称性がより大であることを示唆している。たしかに根本的特徴として、医師—患者関係が治療者と患者という役割の違いや専門家と素人という権力の相違がある限り非対称性の存在は自明ではある。だが、とくに女性患者に笑いが頻出する理由として予測されるのは、笑いをFTA回避や修復のための方略としたり、また遊びフレームに移行して親しい関係性での相互行為に転じる「コンテキスト化の合図」を多用する傾向が、女性のほうが大ということである。それはつまり女性患者は医者との関係性に距離感を抱き、なにかコミュニケーションの齟齬（またはその可能性）を感じると、その調整を女性患者側が先取りして行おうとする傾向が強いのではないだろうか。さらに笑いを含んだ発話内容の言語分析を行うことでより女性患者の笑いの特徴が明確になると思われる。

113

(2) 笑いの指標性

さらに、男性と女性の患者が医師より笑いを頻出した傾向から笑いの意味を考えてみる。診察室会話が産出されるコンテキストとしての医者と患者が相互行為をなす診察室のある病院や診療所は、通常患者にとって非日常的疎外感を感じる可能性が高いと容易に予想される場面である。さらに、ここで行われる診察というフォーマルなジャンルが、相互行為の規範としてメタ語用論的に前提化されているため、笑いを導入することによってインフォーマルな日常性を喚起し創出するという志向性が指標されていたといえよう。患者が診察冒頭の病歴部で自己の体調について良好であっても不調であっても、いずれも笑いを含んだ発話が散見されたことは、笑いが有する一貫した指標性を示すものでもある。

また、医師が笑いながら患者に謝罪するという言語メッセージの二重性をもつ意味を考える際

に、「二重拘束 (double bind)」(Bateson, 1972) の概念と関連づけることができるだろう。すなわち、笑いというメタ言語で親密さを示しつつ、同時に謝罪を述べるという発話行為によって生じる距離感を相殺させているのである。この場合の笑いは、親密さを示す「コンテキスト化の合図」として聞き手である患者にも共通理解されているため、患者も同様の笑いを返して親密なフレームを共有し、そのコンテキスト化を相互行為的に共同構築する結果となったのである。

(3) 笑いの相互行為的影響

そのほか、なぜ笑うのかという問いに対して、とくにフレームシフトの合図として、また FTA 軽減方略としての笑いの作用が確認された。医師と患者の通常の診察行為というフレームからの逸脱が、医師と患者の双方により同時に認識された際にも相互の笑いが観察された。これは医師と患者が一時的に「意識して逸脱した」と相互に了解する信頼関係や親近感をすでに構築していたため、両者による笑いが共通して出現したと推測される。

(4) ミクロからマクロ的分析への視座

ミクロ的な言語および非言語分析による相互作用だけではなく、よりマクロ的な視野に立って、医師-患者関係をながめると、そこには長期にわたって継続通院を行うという患者の必然性が浮かび上がる。本研究の患者は、いずれも緊急性および重篤度の低い慢性疾患の患者であった。会話 1 でみた医師と患者の笑いも、開始部から良好な雰囲気の中で医師と患者の関係性を維持したいという双方の配慮が多様な笑いを引き出していたと推測される。

さらに、今回の結果においては有標の笑いが患者だけにみられたこと、また患者のほうが笑いの頻度が医師より高かったことから、患者は医師以上に診察会話における良好で明るい雰囲気づくりと関係性の維持を気遣っていたといえよう。そしてとくに女性患者が笑いを医師との関係維持や関係修復のメタコミュニケーションの方略として顕著に行使していた可能性は先に指摘したとおりである。これらの特徴が日本の日常的な内科診察会話に固有のものであるかについては、さらに海外との比較や日本国内での地域的違いや診療科別の分析を行っていかなければならない。

7. 今後の課題

医師と患者の笑いに関する特徴として、医師より患者が、そして男性患者より女性患者のほうが多く笑うという傾向が認められ、性差の影響と笑いの理由について考察を試みた。

さらに医師に関しては医師というフレームを越えて性差が作用するのかいなか、女性医師のデータ数を増やして検討する必要がある。また、医師と患者の性別の組み合わせによる笑いの相違や、診療科目によって笑いの頻度や種類が異なることも予想されるであろう。

相互的笑いが成立する背景には、フレームに関する認識が医師と患者で共有されていることが示されたが、それ以外の成立条件やフレームの種類について今後の分析が必要である。また、一方的笑いでは、笑いが示すコンテキスト化の合図に対する医師と患者の認識差が示唆されたが、それ以外で生じる一方的笑いの詳述と分類を行う必要もある。

今後の課題として、医師と患者の相互行為をメタコミュニケーションの観点から示す相互的笑いと一方的笑いの精査を進め、それぞれの笑いのコンテキストと性差の影響および発生プロセスの詳細を明らかにしていきたい。

《文字化の規則》

1. 会話文の改行単位は、基本的に intonation unit 「息の切れ目となる句切れごと」に改行。
2. 沈黙時間の表示は、(秒数) のみで表示。
3. 文末または句末のイントネーションは、つぎの三つで示す。
 - ① 。： 発話終了と感じられるイントネーションの下降とそのあとにポーズあり。
 - ② 、： 発話がまだつづいていると感じられる平坦な調子で、息継ぎがある（句末等）。
 - ③ ？： イントネーションの上昇調（質問文、不確かな調子、相手への確認発話など）。
4. 発話の重複部分は [] で囲む。
5. 重複ではないが、すぐつぎの発話が始まった場合は | で示す。
6. とくに強調していると聞こえる発話部分には、下線を引く。
7. とくに小さい声と感じられる発話部分は、> xxxx < で囲む。
8. 詰まったような音、途中で止めた発話の表記は、- で示す。例) おか-、痛風って
9. 発話された音声に忠実に記述する。（とくに関西弁など注意して音声表記する。）
正書法で通常示される長音(ねえ、こう等々)以外で、伸長した母音は、一(横棒)で示す。

註

- 1 「メタコミュニケーション」についてベイトソン (2008, p. 259) は、「人間の、コトバによるコミュニケーションは、いくつかの対照的な抽象レベルで作動しうるものであり、また常に作動している（中略）。『ネコはマットの上だ』という発話には、まず単純に事実を表す、指示的 denotative レベルがあるが、そこを起点として、二つの異なった方向に、抽象の階梯が積み上がっていつている。一方の抽象段階の変域（レベルの集合）を「メタ言語」meta-linguistic と呼ぶ。（中略）もう一方の抽象段階の変域を、『メタ・コミュニケーション的』meta-communicative と呼ぶ。（例一『あなたにネコの居場所を教えてあげたのは、友好の気持ちからだ』、『これは遊び play だ』等。）」と述べている。また「コミュニケーションされた（言語的）メッセージの解釈の枠組（解釈コード）を提供するメッセージを『メタ・メッセージ』などと呼び、そのようなメッセージを出すコミュニケーションが『メタ・コミュニケーション』」（小山, 2008, p. 213）と呼ばれている。
- 2 文部省科学研究費補助金（奨励研究A）課題番号 10771335 「慢性疾患患者の受療満足度と受療継続行動に関するプロスペクティブ研究—患者と医療従事者のコミュニケーション分析を交えて—」（代表者長谷川（今中）万希子）により 1998 年東京と大阪にて録音データを採取した。
- 3 ゴフマンは、コミュニケーション行為や相互行為を儀礼秩序にもとづく儀礼ゲームとみなしていたが（Goffman, 1967）、制度的談話の一形態である医療談話においてはその特徴がより鮮明に示される。
- 4 不適切な表現もデータの一部であるため、あえて削除しなかったことを付記する。
- 5 語や言い回しの意味ではなく、行為の「意味」、行為の解釈枠組（行為をどう解釈すべきかに関わる枠組）に焦点をおいたものを、「メタ語用論的機能（metapragmatic function）」と呼び、それに対して、語や言い回しの「意味」に焦点化したものを「メタ意味論的機能（metasemantic function）」と呼ぶ（小山, 2008, p. 213）。

参考文献

- Ainsworth-Vaughn, N. (1998). *Claiming power in doctor-patient talk*. New York: Oxford University Press.
 Ainsworth-Vaughn, N. (2001). The discourse of medical encounters. In D. Schiffrin, D. Tannen, & H. Hamilton (Eds.), *The handbook of discourse analysis* (pp. 453-469). Malden, MA: Blackwell.

- ベイトソン, G. (2008). 『精神の生態学』改訂第2版 (佐藤良明・訳), 新思案社. [原著: Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine].
- Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Byrne, P. S. & Long, B. E. L. (1976). *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviors of doctors in the consultation*. London: HMSO.
- Ferrara, K. W. (1994). *Therapeutic ways with words*. New York: Oxford University Press.
- Fisher, S. (1986). *In the patient's best interest: Women and the politics of medical decisions*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Fisher, S., & Todd, A. (1993). (Eds.). *The social organization of doctor-patient communication*. Norwood, NJ: Ablex.
- Friedman, H. S. (1979). Nonverbal communication between patients and medical practitioners. *Journal of Social Issues*, 35(1), 82-99.
- Goffman, E. (1967). *Interactional ritual: Essays on face behavior*. New York: Pantheon.
- ゴフマン, E. (1974). 『行為と演技—日常生活における自己呈示—』 (石黒毅・訳). 誠信書房. [原著: Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday Anchor].
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis*. Boston: Northeastern University Press.
- Gumperz, J. (1982). *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Haakana, M. (2001). Laughing as a patient's resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction. *Text*, 21, 187-219.
- Haakana, M. (2002). Laughter in medical interaction: From quantification to analysis, and back. *Journal of Sociolinguistics*, 6 (2), 207-233.
- 長谷川万希子 (1999). 「診察室でのなにげない「笑い」が意味するもの 医療社会学の視点から」. 『看護学雑誌』第63巻, 第12号, 1126-1132頁.
- Jefferson, G. (1984a). On stepwise transition from talk about a trouble to inappropriately next-positioned matters. In J. M. Atkinson and J. Heritage (Eds.), *Structures of social action* (pp. 191-222). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jefferson, G. (1984b). On the organization of laughter in talk about troubles. In J. M. Atkinson & J. Heritage (Eds.), *Structures of social action* (pp. 347-369). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jefferson, G., Sacks, H., & Schegloff, E. A. (1987). Notes on laughter in the pursuit of intimacy. In G. Button & J. R. E. Lee (Eds.), *Talk and social organization* (pp. 152-205). Clevedon and Philadelphia: Multilingual Matters.
- 小山亘 (2008). 『記号の系譜 社会記号論系言語人類学の射程』. 三元社.
- Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine*. Norwood, NJ: Ablex.
- 野呂幾久子・阿部恵子 (2006). 『The roter method of interaction process analysis system (RIAS) 改訂版日本語マニュアル』. 東京慈恵会医科大学.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1992). *Doctors talking with patients, patients talking with doctors*. Westport, CT: Auburn House.
- Schiffrin, D. (1993). "Speaking for another" in sociolinguistic interview: Alignment, identities, and frames. In D. Tannen (Ed.), *Framing in discourse* (pp. 231-263). Oxford and New York: Oxford University Press.
- Shuy, R. W. (1976). The medical interview: Problems in communication. *Primary Care*, 3(3), 365-386.
- Tannen, D. (Ed.). (1993a). *Framing in discourse*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Tannen, D. (1993b). What's in a frame?: Surface evidence for underlying expectations. In D. Tannen (Ed.), *Framing in discourse* (pp. 14-56). Oxford and New York: Oxford University Press.
- Tannen, D., & Wallat, C. (1993). Interactive frames and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical examination/interview. In D. Tannen (Ed.), *Framing in discourse* (pp. 57-76). Oxford: Oxford University Press.
- ten Have, P. (1989). The consultation as a genre. In B. Torode (Ed.), *Text and talk as social practice* (pp. 115-135). Dordrecht: Foris.
- ten Have, P. (1991). Talk and institution: A reconsideration of the "asymmetry" of doctor-patient interaction. In D. Boden and D. H. Zimmerman (Eds.), *Talk and social structure* (pp. 138-163).

- Cambridge: Polity Press.
- Todd, A. D. (1989). *Intimate adversaries: Cultural conflict between doctors and women patients*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 植田栄子 (2008). 「診察会話における医師と患者の「笑い」に関する分析」『第 22 回大会発表論文集』66-69 頁. 社会言語科学会.
- von Raffler-Eagle, W. (Ed.). (1990). *Doctor-patient interaction*. Amsterdam: John Benjamins.
- West, C. (1984). *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- 山中桂一 (1989). 『ヤコブソンの言語科学 I 詩とことば』勁草書房.